

## IX – Les thérapies accompagnant la gestion de la douleur

### **9.1 La thérapie cognitivo- comportementale.**

Le SED est un syndrome méconnu et en conséquence sous-diagnostiqué et sous-traité. Les patients rapportent souvent des sentiments de déception et colère face au système médicale après des années d'errance diagnostique. Les sentiments d'isolement et d'incompréhension sont fréquents, ainsi que les peurs concernant la vie professionnelle, social, la transmission du syndrome aux enfants, etc. Dans ce contexte un soutien psychologique peut s'avérer bénéfique pour les patients mais aussi pour leurs proches.

Un travail thérapeutique peut aussi aider à prévenir de comportements tels que la surprotection spécialement lorsque les patients sont des enfants, ou les cycles d'hypo et hyperactivité. La psychoéducation et l'éducation thérapeutique sont également importantes pour bien connaître le syndrome et orienter les patients dans la résolution des problèmes qui surgissent au quotidien tout en favorisant l'autogestion de la maladie. La mise en contact avec d'autres patients peut aussi aider à diminuer l'isolement, à créer de réseaux et favoriser le partage d'information.

La thérapie cognitivo- comportementale est une méthode psychothérapique structurée, brève, ayant montré son efficacité dans le domaine de la douleur chronique, en termes d'amélioration des performances physiques, de la vie sociale et de la qualité de vie des patients.

Dans ce cadre, la TCC vise à mettre à la disposition des patients de meilleurs outils pour faire face à la douleur et à ses conséquences dans la vie quotidienne en analysant des situations problématiques concrètes et en mettant en évidence des liens entre les pensées, les émotions et les comportements (Smith, 2017). Cette thérapie n'a pas encore fait ses preuves dans le cadre du Sed :

*This approach is applicable to all patients especially those whose pain is intractable, life dominating and unresponsive to analgesics or other physical interventions. To date there have been no clinical trials to demonstrate its efficacy in EDS.*

*Chopra et al. (2017)*

### **9.2 L'hypnose, sophrologie.**

**L'hypnose** est un état modifié de la conscience qui permet à une personne de pouvoir changer la façon dont elle perçoit son corps et son environnement. Elle peut ainsi permettre au patient de mettre une perception douloureuse à distance, ou d'en diminuer l'intensité. Les techniques d'hypnose sont connues depuis des milliers d'années mais son usage en douleur et en anesthésie date 18ème siècle.

L'hypnose médicale, inspirée des théories de Milton Erickson, est une technique validée et les preuves scientifiques de son efficacité sont de plus en plus nombreuses. C'est aussi un état d'esprit,

une façon d'approcher le patient différemment. L'attention particulière donnée au langage, permet aux mots d'agir sur le corps et l'esprit, grâce à des suggestions choisies.

L'hypnose trouve ainsi naturellement sa place dans l'approche thérapeutique de la gestion des douleurs dans les SED.

**La Sophrologie** s'appuie sur la respiration. Et comme vous le savez, la respiration, chez les personnes qui souffrent du SED, n'a rien d'automatique. Tout le système nerveux « automatique » est défaillant et à travers la sophrologie, il est possible de porter à sa conscience le fonctionnement du corps et ainsi le stimuler là où il en a besoin.

Travailler sur la gestion des douleurs, limiter les tensions inutiles, redonner une énergie vitale nécessaire, lutter contre l'insomnie, sont les principaux points d'actions efficaces contre cette maladie.

La sophrologie ne fait pas de miracle, elle ne vous guérira pas. Mais grâce à sa pratique quotidienne, elle aide à mieux vivre et progressivement à mieux vivre son corps. La Sophrologie, aide à retrouver une harmonie entre ce corps défaillant et l'esprit.

S'appuyer sur des vécus positifs pour pouvoir apporter des moments de bonheur au quotidien laborieux, voilà une des tâches que la sophrologie peut remplir.

### **9.3 Des mesures préventives pour minimiser la dysautonomie.**

- Eviter de rester debout sans bouger les bras ou les jambes
- Eviter de marcher lentement ou piétiner
- Après un grand repas ou l'absorption d'alcool, s'allonger au moins 15 minutes
- Boire beaucoup, jusqu'à ce que l'urine soit aussi claire que de l'eau
- Arrêter les médicaments qui pourraient aggraver la dysautonomie
- Utiliser des bas de contention
- Utiliser des vêtements compressifs
- En l'absence d'hypertension ou d'insuffisance rénale, ajouter 6g de sel par jour à la ration alimentaire (Pr Bravo)
- Augmenter l'activité physique.

## 9.4 Les cures thermales.

Leurs effets sont à rapprocher des traitements par agents physiques.

En combinant les effets thermiques, de contacts avec l'eau utilisant divers types de stimulations corporelles, on a pu observer sur des groupes de patients effectuant une cure dans la même station (le Mont-Dore) une amélioration durable de l'ensemble des symptômes, de plusieurs mois après trois semaines de cure.

Dans le cas cité, il y a combinaison avec des traitements concernant l'appareil respiratoire qui a un rôle important dans la physiopathologie du syndrome d'Ehlers-Danlos.

La ville thermale de DAX offre également des cures avec bains chauds et rééducation en piscine chaude adaptée au SED.

On retrouvera ces effets dans l'application de l'hydro-balnéothérapie. Il est donc cohérent d'introduire dans la prise en charge thérapeutique de ces patients les cures thermales, de préférence en région climatique chaude, combinant des effets articulaires et musculaires et respiratoire et, si possible gastro-intestinaux.

## 9.5 La gestion des subluxations et luxations.

La luxation désigne un déplacement d'une surface articulaire par rapport à une autre ; il s'opère ainsi une rupture de continuité articulaire. Si l'on veut définir simplement la luxation, on peut la décrire comme une articulation qui se « déboîte ». Dans le cas d'une subluxation, la perte de contact n'est pas totale. Ces manifestations peuvent se produire dans presque toutes les articulations, mais certaines sont tout de même plus souvent concernées : épaules, genoux, pouces, chevilles ou articulations temporo-mandibulaires.

Selon Parry (2017), les subluxations et luxations peuvent être douloureuses, irritantes, exaspérantes et handicapantes ; il est cependant possible avec de la patience, des efforts et du temps, que ces luxations/subluxations soient gérées et ne gêne pas la vie du patient.

Dans le SED, les tendons et ligaments étant laxés, les articulations sont potentiellement moins stables, d'où une plus grande propension aux subluxations/luxations. Les luxations et subluxations peuvent apparaître avec ou sans traumatisme et peuvent parfois se produire spontanément (Smith, 2017).

Parry énonce cependant d'autres raisons jouant un rôle dans ces événements articulaires :

- Le tonus musculaire altéré : certains muscles travaillent lorsqu'ils ne devraient pas ou travaillent de manière inappropriée, de façon trop importante, ce qui peut entraîner le

glissement de l'articulation. La fatigue musculaire, les spasmes et le stress peuvent également jouer un rôle.

- La proprioception altérée : elle concerne également la perception de la position articulaire : son altération peut entraîner les subluxations/luxations.
- Les étirements excessifs répétés : Parry souligne l'importance de ne pas répéter les démonstrations de l'hyperlaxité (positions étranges des doigts, jambes autour de la tête, etc). Ces étirements répétés au-delà de la portée normale ne font qu'exacerber l'hyperlaxité et par là-même le risque de subluxation/luxation :

*Well, stop — it's no good for you! Repeated overstretching to that degree will only exacerbate the laxity and the chances of the joints slipping out of place. I'm certainly not saying that you should never do stretches, but I am saying give up the party tricks and don't stretch your joints way beyond normal range. So please think twice about that career as a contortionist.*

*Parry (2017)*

- La forme des surfaces articulaires : certaines personnes peuvent naître avec des anomalies osseuses ou une faible profondeur de douille, ce qui prédispose l'articulation à glisser plus facilement de son emplacement.
- Le traumatisme : il est la raison la plus fréquente de la subluxation/luxation.

La fréquence des subluxations/luxations varient selon les personnes et même selon les périodes : une ou deux fois par an, une ou deux fois par mois, une fois par semaine, une fois par jour, jusqu'à des dizaines de fois par jour. Parfois cela semble ne pas s'arrêter.

La gestion de ces subluxations/luxations est primordiale à la qualité de vie du patient atteint d'un SED. Chez certains, parfois, l'articulation retrouve son emplacement rapidement, seule. D'autres fois, elle ne revient pas et le patient panique. La panique provoque un stress et davantage de spasmes musculaires, cela majore la douleur et minore par là-même la chance de réduire la luxation.

Le passage par les urgences est généralement inutile et voué à l'échec. Soit les soignants donneront uniquement un antalgique faible, soit ils iront jusqu'à l'anesthésie générale pour remettre l'articulation en place. Quoiqu'il en soit, les suites seront probablement les mêmes : l'articulation bougera à nouveau sous l'effet des spasmes musculaires toujours présents et le patient revient au point de départ. Une autre solution souvent proposée est une orthèse / une résine pour tenir l'articulation en place. Selon Parry, ce n'est pas non plus une solution viable puisque l'articulation essaie de se retirer à nouveau alors que l'orthèse la maintient en place de force, ce qui est souvent très douloureux.

Smith (2017) nuance cependant les propos de Parry. Certes, certains patients sont capables de remettre leurs articulations en place seuls, mais lors d'épisodes de luxation franche et profonde, il est parfois impossible de le faire et cela nécessite fréquemment une intervention médicale. Dans ce cas, Hamonet conseille l'injection de lidocaïne dans les insertions douloureuses pour faciliter la réinsertion ; il insiste également sur l'écoute du patient qui peut guider plus facilement le geste des soignants.

Six principes-clés doivent être compris afin de gérer au mieux ces épisodes douloureux de subluxations/luxations. Les principaux objectifs sont de rester calme, même au paroxysme de la douleur, et de permettre aux muscles de se détendre. Cela nécessite beaucoup de patience et de pratique.

## **1. Respirer.**

Utiliser de lentes respirations profondes. Tenter d'utiliser des techniques de relaxation (différentes techniques peuvent être essayées). Apprendre à respirer malgré tout, prendre le contrôle de la situation malgré la douleur et la difficulté à rester calme.

## **2. Prendre des antalgiques.**

Prendre des antalgiques appropriés, selon la prescription du médecin. Ne jamais prendre plus que la posologie indiquée par le prescripteur.

## **3. Soutenir l'articulation.**

Trouver une position de repos aussi confortable que possible à l'aide d'oreillers ou d'une écharpe afin de permettre aux muscles de se détendre et de diminuer les spasmes.

## **4. Essayer la chaleur.**

Poche chaude, bouillotte, bouteille d'eau chaude, bain chaud, toujours pour aider à détendre les muscles.

## **5. Se distraire.**

Malgré la difficulté à occulter la douleur, il est important de tenter de concentrer son attention sur un autre point que cette douleur ou la situation elle-même. Regarder un film, écouter de la musique, parler à des amis ou de la famille, essayer un CD de relaxation. Cette stratégie à court terme peut être utile pour détendre les muscles mais également pour soulager un peu à court terme de la douleur.

## **6. Un massage doux.**

Parfois un massage doux autour de l'articulation peut aider à détendre suffisamment les muscles pour être en mesure de déplacer délicatement l'articulation ou même pour qu'elle se remette seule en place.

L'articulation sublaxée/luxée peut mettre des heures ou même des jours à reprendre sa place. Cependant, il est improbable que l'articulation s'endommage davantage. Il est donc très important que le sujet garde son calme et patiente.

La consultation est indispensable lorsque le membre commence à changer de couleur en raison d'un manque d'approvisionnement en sang ou lorsque le membre devient complètement engourdi.

Lorsque l'épisode est terminé, une des notions les plus importantes selon Parry (2017) est de réfléchir à celui-ci. Le patient a-t-il effectué un mouvement qui produit habituellement une sublaxation/luxation ? A-t-il bougé sans réfléchir ? Quelle était sa posture ? Etait-il excessivement fatigué ? Etait-il particulièrement stressé ? La recherche des déclencheurs est essentielle pour expliquer la sublaxation/luxation. Les identifier peut permettre d'espérer pouvoir les éviter dans le futur.

Enfin, la prévention est indispensable : il est préférable d'empêcher ces épisodes plutôt que de devoir les gérer tant bien que mal. Kinésithérapie (pour apprendre à contrôler les muscles autour des articulations), rééducation proprioceptive, port de vêtements compressifs, utilisation d'orthèses si nécessaire, gestion du stress font partie des clés de cette prévention.

### **9.6 La gestion de la fatigue et régulation des activités.**

La fatigue importante due au SED peut être un facteur de douleur et de blessures. Il a été prouvé que l'exercice jusqu'à la fatigue physique altère les mouvements, la stabilité posturale et la coordination, ce qui peut augmenter le risque de blessure directe et également le risque de chutes causant des blessures secondaires. La fatigue est également associée à une réduction de la force réactive au sol pendant la marche, suggérant une diminution de la proprioception, ce qui pourrait également augmenter le risque de chutes et de blessures :

*Fatigue may also be a factor in musculoskeletal pain and injury. Exercise to the point of physical fatigue has been shown to alter kinematics, postural stability, and coordination, which may increase the risk of direct injury and also the risk of falls causing secondary injury. A study of 30 EDS patients, five of whom had hEDS, showed correlation between fatigue and objectively measured muscle weakness. Exercise-induced fatigue increases knee laxity, which may also increase the risk of knee injury. Fatigue is also associated with reduced ground reactive force during gait, suggestive of decreased proprioception, which could also increase the risk for falls and injury. Severity of fatigue also correlated with kinesiophobia in hEDS and, therefore, became an activity-limiting factor.*

*Tinkle et al., 2017*

La gestion des symptômes et de la fatigue est donc très importante dans le niveau de qualité de vie. Il n'existe pas de solution simple mais de petites adaptations peuvent aider à acquérir des compétences essentielles à cette gestion.

Les personnes souffrant de douleur chronique ont tendance à tomber dans des schémas d'activité qui exacerbent leurs symptômes. Le cycle « Boom and Bust » (Suractivité/hypoactivité) fait partie de ces schémas et est bien connu dans le cadre du Syndrome de Fatigue Chronique.

Il s'agit d'enchaînements de périodes d'activité intense avec des périodes de faible activité pour récupérer. De façon schématique, lors d'un bon jour, le patient est en suractivité ; cela occasionne un mauvais jour pendant lequel le patient est en sous-activité.

### Exemple :

- Lundi : je me sens bien alors je pousse mes limites et suis très actif ;
- Mardi : je me sens mal, donc je reste au lit...
- Mercredi : Je ne me sens toujours pas bien mais j'ai un jour de retard dans mes activités, je dois donc rattraper ce retard ;
- Jeudi : je me sens vraiment mal alors je me remets au lit ... je suis frustré...
- Vendredi : j'essaie vraiment très fort mais je ne peux pas... je n'arrive plus à forcer...
- Samedi : Je suis totalement épuisé et douloureux, même rester éveillé est un défi ;
- Dimanche : après un bon repos, je commence à me sentir un peu mieux...

Donc à la fin de la semaine, je suis allé au bout de mes limites et je dois pourtant retrouver mon énergie et me préparer pour recommencer le lundi...

Ceci est un exemple. Certaines personnes ne suivront pas un schéma aussi structuré sur une semaine. Certaines peuvent passer de l'un à l'autre en quelques heures, d'autres d'un mois sur l'autre.

Au fur et à mesure, les pics d'activité se réduisent ; les périodes de repos deviennent de plus en plus longues. Cela contribue à des cycles de déconditionnement et entretient les cycles vicieux de douleur et de fatigue. Cela peut aider à court terme mais cela n'aidera pas sur le long terme. Au final, le contrôle de la douleur et de la fatigue est pauvre.

Ceci est confirmé sur Eds.info :

*It is extremely important for people with symptomatic hypermobility to manage their fatigue by learning to pace the amount of activity they do, thus avoiding cycles of 'boom or bust'. By the time they are diagnosed some people may have already learnt to limit how much they do each day, in order to make sure they have sufficient energy reserves to get through the following day. However, many do not and, instead, make the mistake of doing as much as they can 'when they are feeling up to it' and then paying for it by 'crashing' later, or the following day.*

*Eds.info*

Il est extrêmement important pour les personnes souffrant d'hypermobilité symptomatique de gérer leur fatigue en apprenant à réguler la quantité d'activité qu'elles font, évitant ainsi les cycles de « boom and bust » (suractivité/hypoactivité). Au moment où ils sont diagnostiqués, certains patients ont peut-être déjà appris à limiter leurs activités quotidiennes, afin de s'assurer qu'ils disposent de réserves énergétiques suffisantes pour passer le lendemain. Cependant, beaucoup ne le font pas et, au lieu de cela, font l'erreur de faire tout ce qu'ils peuvent "quand ils se sentent à la hauteur" et ensuite de le payer en "s'écroulant" plus tard, ou le jour suivant.

Il faut rythmer, gérer. On parle de « Pacing ». La régulation (Pacing) est une stratégie active d'autogestion dans le cadre de laquelle les individus développent leur auto-efficacité en apprenant à équilibrer les temps consacrés à l'activité et au repos dans le but d'atteindre une fonctionnalité accrue (Jamieson-Lega et al., 2013).

La régulation passe par l'apprentissage d'une notion très importante : il faut s'arrêter AVANT la majoration de la douleur ou de la fatigue. Pour cela, le patient doit revoir ses « baselines », c'est-à-dire ses « bases de tolérance ». Si le patient sait que rester debout pendant 20 minutes fait flamber ses douleurs, alors sa nouvelle base de tolérance sera de 10 minutes. Ces bases ne sont pas toujours fixées sur la notion de temps, cela peut également être une répétition d'activité, par exemple. Les bases de tolérance doivent absolument être basées sur des mauvais jours, quand les activités sont limitées.

Il est important de ne pas confondre « se réguler » avec « ne pas bouger ». La clé de la gestion de la fatigue est d'établir une base de tolérance d'activité qui peut être répétée chaque jour sans majoration des symptômes. Cette base ne correspond pas forcément à une journée sans symptômes, mais bien à une journée où ceux-ci ne sont pas plus importants qu'habituellement. Cette dernière notion est très importante à comprendre par le patient.

*It is important not to confuse 'pacing yourself' with not exercising at all. The key to management of fatigue is to establish a baseline level of activity that can be repeated each day with no exacerbation of symptoms. It is important that the patient understands that this does not necessarily equate to a symptom-free day.*

*EDS.info*

Il est important d'apprendre à structurer sa journée :

- Se rappeler de l'activité du jour (intense, modéré, relaxant/léger) ;
- Organiser sa semaine en coupant de longues périodes d'activité intense par des activités relaxantes ;
- Insérer un peu d'activités intenses au milieu des longues plages d'activités légères ;
- Penser en termes de priorités : est-ce que cela DOIT être fait ?
- Introduire des temps de repos dans la routine quotidienne.

Tout cela doit être adapté à chaque individu en termes de fréquence, de durée et de type d'activité :

*As part of pacing, rest periods may be required. Rest periods can be introduced into daily routine, but the frequency, length, and types of activities undertaken should be adapted for each individual.*

*Hakim et al., 2017*

Par la suite, une fois que la routine est stabilisée, le patient peut se fixer un objectif réaliste pour augmenter les bases de tolérance (10% à 20%). Il est indispensable de laisser le temps à son corps de s'adapter à chaque niveau avant d'augmenter encore. Les augmentations de rythmes doivent être routinières, lentes et stables.

« Je suis trop occupé pour gérer ».

« Comment je pourrais gérer avec des enfants qui me sollicitent sans cesse ? »

« Je ne peux pas gérer au travail »

Voilà ce que de nombreux patients diront ou penseront. La régulation des activités n'est pas une méthode facile à apprendre. Elle ne fonctionne pas avec tout le monde, même si cela fonctionne avec la plupart (Parry, 2017). Des difficultés internes entrent en compte : la frustration, les attentes personnelles, le manque d'assurance, la prise de poids ; des difficultés externes également : environnement, travail, attente des autres personnes, exigences de la tâche...

Afin de mener à bien cette gestion des activités, il sera essentiel de s'attarder sur la relaxation et la gestion du sommeil. Relaxation et méditation peuvent être des outils appropriés de ré-énergisation. Les conseils habituels pour une bonne hygiène de sommeil sont importants à appliquer.

Reconnaitre les différents types de facteurs stressants est également un apprentissage à effectuer.

### **9.7 Technique du massage pour lutter contre la constipation dans les Syndromes d'Ehlers-Danlos.**

Cette technique a été très utilisée en Médecine Physique et de Réadaptation avec des patients ayant des paralysies intestinales et de la paroi abdominale (personnes avec une paraplégie ou une tétraplégie notamment (incluant la sclérose en plaques) mais aussi des personnes longtemps alitées avec une forte restriction d'activité (rhumatisants par exemple).

Dans le syndrome d'Ehlers-Danlos, bien qu'il n'y ait pas d'atteinte neurologique au sens strict du terme, les muscles intestinaux et de la paroi abdominale rencontrent des difficultés à se contracter

ou à remplir leur rôle de soutien et d'appui pour rendre les contractions abdominales efficaces (paroi abdominale, périnée, diaphragme).

La méthode est simple, sans risque et souvent efficace. Le but est de faire progresser le « *bol fécal* », c'est-à-dire ce qui deviendra les matières fécales, tout le long du gros intestin. Ce dernier comprend une partie ascendant située dans la partie droite de l'abdomen, une partie transversale qui traverse l'abdomen depuis l'angle colique droit, placé sous le foie jusqu'à l'angle colique gauche, proche de la rate en longeant les côtes, une partie descendante qui rejoint au centre de l'abdomen, au-dessus du pubis, le rectum.

Le massage se fait en suivant le trajet naturel du bol fécal depuis le bas de l'abdomen à droite (fosse iliaque droite), vers l'angle colique droit sous le foie, puis transversalement jusqu'à l'angle colique gauche et, enfin, le long du colon descendant jusqu'au-dessus du pubis.

Le massage se pratique à l'aide de l'extrémité des doigts appliqués à plat ou avec le poing fermé, en appuyant énergiquement et progressivement, sans faire mal, en suivant le trajet du gros intestin. Il est possible de percevoir des paquets de matières ce qui permet de localiser davantage le massage. Il peut être fait par la personne elle-même, mais ceci est souvent pénible du fait des douleurs des doigts et des poignets, par un proche ou par un professionnel. La souplesse des tissus facilite sa réalisation.

L'effet n'est pas immédiat et il faudra de la patience et des manœuvres répétées pour obtenir un résultat. Le massage doit être prolongé plusieurs minutes et, s'il est douloureux, espacé de périodes de repos de durée variable selon la tolérance et l'efficacité.

Le premier résultat est souvent l'émission de gaz qui n'est pas toujours suivie d'émission de matières. Les manœuvres peuvent être répétées indéfiniment et associées à la prise de médicaments laxatifs administrés par voie locale (suppositoire de glycérine ou microlax) ou par voie orale.

### **9.8 L'ophtalmologie, L'orthoptie, la posturologie.**

Il s'agit là d'un terrain en plein développement qui doit permettre d'agir de façon efficace sur le trouble proprioceptif majeur qui caractérise ce syndrome.

En effet, les personnes atteintes du syndrome d'Ehlers-Danlos ont en général un déficit proprioceptif général aussi bien postural que dynamique.

Il est donc vivement conseillé d'effectuer un bilan ortho-kinésique afin de détecter et corriger les déficiences mécaniques et proprioceptives du patient.

Les éléments perturbateurs sont pour 80% les pieds et mâchoires. Pour 50 %, on y retrouve les yeux et pour 10 % l'oreille interne.

Dans ce cadre, les *prescriptions d'orthoptie* sont utiles, à condition de ne pas exiger trop de contraintes musculaires à l'origine de douleurs, migraines ou nausées.

Il y a une grande attente dans ce secteur avec des débouchés sur *l'appareillage de la vision (prismes)*.

Il est essentiel de faire également un point avec le dentiste afin d'évaluer les bienfaits potentiels d'une *action proprioceptive dentaire au travers de gouttières*, ayant pour objet une meilleure information et donc un meilleur contrôle de la posture.

### **9.9 La place de la chirurgie dans les SED.**

Certaines personnes avec un syndrome d'Ehlers-Danlos, sont des multi opérés (40 fois dans un de nos cas).

Cette multiplication des interventions est bien l'indice de leur inutilité dans la plupart des cas.

Les tissus conjonctifs du Syndrome d'Ehlers-Danlos, supportent mal les transferts tendineux et autres interventions sur les parties molles. La chirurgie du genou se solde par des échecs.

Les butées d'épaule sont des échecs.

De plus, on observe une ostéolyse.

Les interventions pour pseudo hernies discales qui sont- en fait des images produites par la souplesse des disques intervertébraux se soldent, le plus souvent, par une aggravation des douleurs.

La chirurgie garde des indications dans les luxations de l'épaule, les luxations des tendons péroniers, les doigts, parfois.

En ce qui concerne l'abdomen et le pelvis, là aussi, il faut être très circonspect devant le risque d'échec, de lâchages de sutures, de saignements.

Un cas particulier : les calculs vésiculaires qui menacent de perforer une vésicule fragile

Au moindre signe suspect de complication, l'intervention s'impose.

Faut-il la faire préventivement ?

Les pneumothorax sont très rares, la chirurgie semble donner de bons résultats dans les quelques cas que nous avons suivis.

Reste la chirurgie bariatrique qui commence à prendre sa place dans des obésités majeures rebelles aux traitements médicamenteux (medformine) et diététiques.

### **9.10 Règles de vie**

La seule règle est de maintenir une activité aussi importante que le permettent les douleurs et la fatigue.

Les sports ne sont pas contrindiqués et doivent même être encouragés (équitation, Tai chi, natation...)